



**Healthy
Kids Now!**
HEALTHCARE FOR WASHINGTON KIDS

신청서 작성을 도와 준 사람:

단체(기관)

전화번호

()



아동용 의료보험 혜택 신청서

본 신청서는 유아부터 19세 미만의 십 대들을 위한 의료보험 혜택 신청서입니다. 부모, 보호자, 기관의 사회복지가, 친구 혹은 십 대들이 자신에 대한 의료보험 혜택을 신청할 때는 본인 스스로 신청서를 작성할 수 있습니다. 저희 당국은 제 1칸에 기재되어 있는 해당인에게 차후의 모든 정보를 우송해 드릴 것입니다. 질문이 있거나 본 신청서 작성에 도움이 필요하면 1-877-543-7669로 연락하십시오. 기꺼이 도와드리겠습니다!

활자체로 기입하십시오. (신청서에 따른 모든 정보를 수신할 부모, 보호자 혹은 수신인을 기재하여 주십시오)

1 이름	중간이름 이니셜			성
2 현 거주주소	번지	시	주	우편번호
3 우편주소(상기 주소와 다른 경우)	번지	시	주	우편번호
4 전화번호	5 영어를 구사하고 읽고 쓰는데 문제가 있습니까? 다른 언어로 된 자료를 우송해 드리길 원하십니까? 통역관이 필요하십니까? (예라고 표시하시면 통역관의 도움을 받을 수 있도록 도와 드릴 것입니다) 사용하시는 언어는 어떤 언어입니까?			
자택 ()	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오			
직장 ()	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오			
메시지 녹음 ()	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오			
6 가족 중 임신한 사람이 있습니까? 예라고 표시하셨으면 임산부를 기재하여 주십시오.	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오			
	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오			

일반 정보

7 같이 거주하고 있는 가족 구성원의 명단을 적어 주십시오. (여백이 더 필요하시면 다른 용지에 적어 첨부시키십시오)		(본 내용은 INS로 공개되지 않습니다)					
성명 (이름, 중간이름, 성)	본인과의 관계	생년월일 (월/일/년)	미시민권 소지여부	미시민권자가 어닐 경우에는 자녀의 아주 상태를 증명하는 증빙 서류가 있습니까? 증빙 서류를 첨부시키십시오.	해당 자녀의 입국 일자	소셜 시큐리티 번호 *: 임의선택 사항	성별 남/여
A. 부/모, 보호자 혹은 당사자						*	
B. 배우자 혹은 부/모(자택에 같이 거주하는 경우)						*	
C. (의료보험 혜택을 원하는) 19세 미만 자녀들의 명단			<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오			
D.			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
E.			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
F.			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
G. (의료보험 혜택을 원하지 않는) 자택에 거주하고 있는 그 밖의 성인 혹은 자녀 명단						*	
						*	
8 19세 미만의 자녀 중 장애인이 있습니까? 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/>							
예라고 표시하셨으면 해당 장애 자녀를 기재하여 주십시오.							

지출비 지출비에 관한 내용은 귀댁 자녀의 적격 여부에 도움이 됩니다.

9 귀하가 직장이나 학교에 나가 있는 동안 자녀에 대한 탁아비를 지불하십니까? 귀하가 직장이나 학교에 나가 있는 동안 귀하의 성인 장애인을 돌보아 주는 사람을 고용해 지불하고 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	예라고 표시하셨으면 매달의 탁아비를 기재하십시오. \$ _____
	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	예라고 표시하셨으면 매달의 지원금을 기재하십시오. \$ _____
10 법원 명령으로 귀하와 같이 살지 않는 자녀를 위해 양육비를 내고 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	예라고 표시하셨으면 매달의 양육비를 기재하십시오. \$ _____

소득 : 총소득액(세금 혹은 지출 전의 금액)을 기입하십시오. 귀하나 귀하의 배우자가 실업자이거나 이를 자녀와 같이 살지 않을 경우에는 '0'으로 기입하십시오.

11 부/모의 고용주 성명과 전화번호 ()	기타 가족 구성원의 소득	최근 30일간 수령한 금액	금액 수령인
12 귀하가 수령한 최근 30일간의 임금(세금이나 지출비를 공제하기 전의 금액) \$ 기재한 소득 금액에서 자영업으로 번 소득은 얼마나 됩니까? * \$	15 아동양육비 16 별거수당 17 사회보장금 18 실직 수당 19 은행 이자 20 재향군인 급부금 21 산업재해금 22 군인수당 23 기타 (설명하십시오)	\$	
13 배우자 혹은 같이 거주하는 계부/계모 고용주의 성명과 전화번호 ()	24 의료보험 혜택을 신청하는 자녀 중에서 지난 3개월간에 걸쳐 지불하지 못한 의료비가 있거나 다른 의료보험에서 지불해 주지 않는 치료를 받은 적이 있습니까? 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/>	\$	
14 배우자 혹은 같이 거주하는 계부/계모가 수령한 최근 30일간의 임금(세금이나 지출비를 공제하기 전의 금액) \$ 기재한 소득 금액에서 자영업으로 번 소득은 얼마나 됩니까? * \$			

*귀하나 귀하의 배우자 혹은 같이 거주하는 계부/계모가 자영업을 하고 있을 경우에는 소득에서 공제되는 다른 지출비가 있을 수 있습니다. 더 자세한 내용이나 신청서에 대한 도움은 1-877-KIDS-NOW로 전화하십시오.

의료보험 정보 자녀가 이미 이용하고 있는 의료보험에 있으면 기재하여 주십시오.

25 A 의료보험 혜택을 신청하는 자녀 중에서 의료보험을 가지고 있는 자녀가 있습니까? 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/>	25 B 예라고 표시하셨으면, 자녀가 이용하고 있는 해당 의료보험으로 의사, 병원, 약스케이 및 실험 서비스를 받을 수 있습니까? 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/>	26 A 지난 4개월간 자녀(들)가 직장에서 제공하는 의료보험을 이용할 수 있습니까? 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/>	26 B 예라고 표시하셨으면, 자녀에 대한 보험료가 \$50미만이었습니까? 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/>
27 25에서 26의 물음에 '예'라고 표기한 사항이 있으면 자녀가 이용한 의료보험회사명이나 자녀를 위해 의료보험을 제공한 직장명을 기입하여 주십시오.			
의료보험회사 혹은 직장	보험 약관 번호	보험 계약자의 성명	보험 계약자의 소셜시큐리티 번호(의무 사항은 아님)

자녀의 인종/민족성 배경 (임의 기재사항임)

저희 당국에서는 귀댁 자녀의 인종 혹은 민족성 표시에 귀하의 자발적인 협조를 부탁드립니다. 본 내용은 의료보험 혜택 적용 심사에 고려되지 않습니다.	백인 <input type="checkbox"/> 스메인계 <input type="checkbox"/> 흑인 <input type="checkbox"/> 아메리칸 인디언/알래스카 원주민 <input type="checkbox"/>	네트남인/파오스인/캄보디아인 <input type="checkbox"/> 기타 아시아계 혹은 태평양 섬 주민 <input type="checkbox"/> 기타 <input type="checkbox"/>
--	--	---

주의해서 읽으신 후 서명하여 주십시오.

본 신청서는 아동용 의료보험 혜택 신청에만 사용할 수 있습니다. 가족 중 현금 혜택, 식품지원 혜택 혹은 기타 혜택을 이미 받거나, 받기를 원하면 귀하의 지역 DSHS, CSO로 연락하시기 바랍니다.

- DSHS에서는 귀하에게 수혜 자격이 있다고 판정될 경우, 귀하가 제공한 모든 정보에 대한 증빙서류를 요청할 수 있습니다. 이에 귀하는 증빙서류 입수에 대한 도움을 DSHS로 요청할 수 있습니다.
- 귀하가 제공한 정보는 다른 주정부 혹은 연방정부 기관에 의해 검토될 수도 있습니다. 본 내용은 이민국(INS)으로 공개되지 않습니다.
- 의료보험 혜택 신청이나 의료보험 혜택을 받는다는 것은 모든 의료지원이나 제 삼자가 지금하는 의료비를 워싱턴 주정부에게 그 권리로 부과한다는 것입니다.
- DSHS에서는 아동에 대한 예방접종 후적 시스템에 귀댁 자녀의 예방접종 기록부를 공개할 수 있습니다.

선서 및 서명 본인은 이 신청서에 있는 모든 내용을 읽고 이해하였습니다. 본인은 위증시 처벌을 받는다는 조건으로 본인이 이 신청서에 제공한 내용은 본인이 아는 한 진실하며 정확하게 완성되었음을 선언합니다.	신청자의 서명 X _____ 날짜 _____
---	---------------------------------

신청서 제출 방법

우송:  Dept. of Social and Health Services P.O. Box 45531 Olympia, WA 98599-5531	팩스 (360) 664-0518 	지원 전화번호: 도움이 필요하시거나 문의사항이 있으시면 1-877-KIDS-NOW. (1-877-543-7669)로 연락하십시오.
---	--	---